



**SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD DE DELAWARE (DHSS)
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES (DSS)**

Solicitud para Cupones de Alimentos, Ayuda de Dinero en Efectivo, Seguro Médico, y Ayuda de Guardería

Consideramos todas las solicitudes sin importar la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, incapacidad o creencias políticas.

Por favor lea cuidadosamente antes de completar y asegúrese de FIRMAR LA ÚLTIMA PÁGINA

- La fecha de solicitud de sus cupones de alimentos comienza el día que recibimos esta página de la solicitud.
- La solicitud entera debe completarse antes de que pueda recibir los beneficios.
- Devuelva esta solicitud dentro de 30 días de la fecha en que pidió ayuda médica. Si no lo hace, esto puede cambiar la fecha en que su ayuda médica comience.
- Dé respuestas completas y honestas en su solicitud y a su trabajador social.
- Debe proporcionar prueba de la información que nos dé antes de que podamos darle beneficios.
- Le daremos una lista de la información que debe verificarse.
- Hay penalidades criminales, civiles, y administrativas si da información falsa o engañosa en su solicitud o a su trabajador social.
- No firme ninguna declaración o formulario que no haya leído o que no entienda.
- Su trabajador social le contestará y explicará lo que no entienda.
- Debe informar todos los cambios en sus circunstancias familiares a su trabajador social, tan pronto como se entere del cambio.
- Debe informar todo ingreso, incluyendo trabajo a tiempo parcial o casual, y el no hacerlo puede resultar en medidas de descalificación.
- Si usted pertenece a una institución pública y solicita cupones de alimentos y al mismo tiempo solicita Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) su fecha de solicitud es la fecha de su salida de la institución.
- Estamos obligados a tomar acción en su solicitud de Cupones de Alimentos o Ayuda de Dinero en Efectivo dentro de 30 días después de la fecha en que recibimos su solicitud, 45 días para Asistencia Médica.

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre) Dirección electrónica (e-mail):

Dirección Apartamento # Nombre de la Urbanización/ del Apartamento

Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

Número telefónico (Casa) (Trabajo)

Dirección Postal (si es diferente a la anterior)

Por favor indique cualquier otro apellido que pueda haber usado

Firma Fecha

Firma del Representante Autorizado (si está solicitando en nombre de alguien más) Fecha

INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES PARA SERVICIOS ACELERADOS DE CUPONES DE ALIMENTOS

Si su familia tiene pocos ingresos o ningún ingreso por el momento, usted puede recibir cupones de alimentos dentro de siete (7) días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud completa:

- Si su familia espera recibir menos de \$150 en ingresos este mes;
- Si su familia tiene no más de \$100 disponibles en dinero en efectivo y cuentas bancarias;
- Si su familia es la de un trabajador migratorio o la de un agricultor de temporada con menos de \$100 en recursos económicos; o
- Si la cantidad total del ingreso bruto mensual y dinero en efectivo disponible y cuentas bancarias de todos los miembros de la familia es menor que su alquiler/hipoteca y costos de servicios públicos (o Prestación Estándar por Servicios Públicos) para este mes.

Responda las Sigüientes Preguntas

	Cantidad	Sí / No
¿Cuál es el ingreso total que su familia espera recibir este mes?	\$	
¿Cuánto dinero en efectivo y ahorros tienen los miembros de su familia?	\$	
¿Cuál es su alquiler/hipoteca total y cantidad de servicios públicos este mes?	\$	
¿Es alguien en su familia un trabajador migratorio o un agricultor de temporada?		Sí / No
Si alguien en su familia es un trabajador migratorio o un agricultor de temporada en cualquier momento durante la actual temporada migratoria, ¿fue su familia aprobada para una postergación de los requisitos de verificación?		Sí / No
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y dónde?		

POR FAVOR MARQUE LOS BENEFICIOS QUE ESTÁ SOLICITANDO:

- Cupones de alimentos Ayuda de dinero en efectivo Asistencia Médica Guardería

¿Ha recibido alguien en su familia beneficios de los programas que se indican arriba en otro estado en los últimos tres meses? SÍ NO

¿Ha recibido alguien en su familia beneficios de dinero en efectivo en otro estado desde el 22 de agosto de 1996? SÍ NO Si la respuesta es Sí, por favor indique el estado(s):

REPRESENTANTES AUTORIZADOS

Usted puede nombrar a un adulto fuera de su familia para llenar su solicitud, para que vaya a una entrevista por usted, escoja una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (conocido en inglés como Electronic Benefits Transfer [EBT]), y use la tarjeta EBT para comprar comida para usted.

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Número de seguro social: _____

Número de seguro social: _____

Llene la solicitud y vaya a la entrevista Compre alimentos

Llene la solicitud y vaya a la entrevista Compre alimentos

LLENE LAS PÁGINAS SIGUIENTES POR CADA PERSONA PARA QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO.

SI ESTÁ SOLICITANDO PARA SÍ MISMO, MENCIONESE USTED MISMO PRIMERO Y LUEGO TODAS LAS PERSONAS PARA QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO.

(Para cupones de alimentos, incluya a su cónyuge o conviviente, hijos menores de 22 años de edad, padres si usted es menor de 22 años de edad, cualquiera que esté temporalmente fuera del hogar, amigo u otros familiares que coman con usted, cualquiera que coma con usted, excepto inquilinos y huéspedes.)

Nota: Las personas encarceladas en centros correccionales Federales, Estatales o Locales no son elegibles para cupones de alimentos.

*****SOLICITANTE – SI ESTÁ SOLICITANDO PARA SÍ MISMO*****

NOMBRE: (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social Para asistencia médica – sólo solicitantes deben dar su número
--	----------------------------	--

Relación al Solicitante: **SÍ MISMO** **SEXO:** **Masculino** **Femenino**

GRUPO ÉTNICO / RAZA: No es obligatorio llenar la información de grupo étnico / raza que está a continuación. Sin embargo, si no marca los casilleros, el trabajador social marcará los casilleros de grupo étnico / raza para cumplir con la ley Federal de los derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964. **Grupo Étnico:** Hispano / Latino No Hispano / No Latino **Raza:** Blanca
 Negra o Norteamericana africana Asiática India norteamericana o Natural de Alaska Natural de Hawaii o de otra Isla del Pacífico

ESTADO CIVIL:
 Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Conviviente No sabe

CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE: (Para asistencia médica – solamente solicitantes deben responder)
 Lugar de nacimiento: _____ Ciudadano americano Ciudadano americano naturalizado Inmigrante con documentos Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:

¿Está huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser condenado por un crimen o por intento de cometer un crimen que es una felonía bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica)
 Sí No

¿Está violando una condición de prueba o de libertad condicional? (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido condenado por distribuir o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido condenado por poseer o usar drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía (No para asistencia médica) Sí No

PREGUNTAS MÉDICAS

GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:

¿Tiene algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses? Sí No

PREOCUPACIONES POR LA SALUD:

¿No puede trabajar debido a motivos médicos? Sí No

INFORMACIÓN DE EMBARAZO: ¿Está embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo se espera que dé a luz? _____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN (no se requiere para asistencia médica)

¿Es un estudiante? Sí No Nombre de la Escuela: _____ Grado de estudios: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está en huelga? Sí No

¿TIENE INGRESOS?

Sí No

¿TIENE RECURSOS?

****PARA AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE****

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD BRUTA	FRECUENCIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDAD BRUTA O VALOR	FRECUENCIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta corriente		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del Club de Feriados		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del Club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Cooperativa de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)			Acciones		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Bonos		
Beneficios por Incapacidad			Certificados de Depósito		
Beneficios por Enfermedad / Maternidad			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Seguro			Cuenta Individual de Jubilación		
Beneficios de Sindicato / Huelga			Fideicomiso de Entierro		
Beneficios Ferroviarios de Jubilación			Fondos de Entierro		
Sustentación o Pensión Alimenticia para los Hijos			Planes de Entierro		
Ingreso por Huésped / Inquilino			Bienes Raíces		
Ingreso por Alquiler			Propiedad que Produce Ingresos		
Ingreso por Ayuda Educativa			Vehículos Recreativos		
Ingreso Militar			Bote		
Ingreso por Interés o Dividendo			Casa rodante		
Ayuda por Cuidado Adoptivo Temporal			Vehículo #1		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #2		
Ingreso de Patrocinador / Cónyuge			Vehículo #3		
Otro			Otro		

¿HA DEJADO SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? Sí No ¿Cuándo? _____

(no se requiere para asistencia médica)

*****MIEMBRO DE SU FAMILIA PARA QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO *****

NOMBRE: (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social Para asistencia médica – sólo solicitantes deben dar su número
--	----------------------------	--

Relación al Solicitante: _____ **SEXO:** Masculino Femenino

GRUPO ÉTNICO / RAZA: No es obligatorio llenar la información de grupo étnico / raza que está a continuación. Sin embargo, si no marca los casilleros, el trabajador social marcará los casilleros de grupo étnico / raza para cumplir con la ley Federal de los derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964. **Grupo Étnico:** Hispano / Latino No Hispano / No Latino **Raza:** Blanca Negra o Norteamericana africana Asiática India norteamericana o Natural de Alaska Natural de Hawaii o de otra Isla del Pacífico

ESTADO CIVIL:
 Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Conviviente No sabe

CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE: (Para asistencia médica – solamente solicitantes deben responder)
 Lugar de nacimiento: _____ Ciudadano americano Ciudadano americano naturalizado Inmigrante con documentos Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:

¿Está él / ella huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser condenado(a) por un crimen o por intento de cometer un crimen que es una felonía bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica)
 Sí No

¿Está él / ella violando una condición de prueba o de libertad condicional? (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido él / ella condenado(a) por distribuir o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido él / ella condenado(a) por poseer o usar drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía (No para asistencia médica) Sí No

INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD (si no están en el hogar): (No e necesita para Cupones de Alimentos) (Si no responde, su hijo todavía puede ser elegible para asistencia médica)
 Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 Empleador _____ Número de Seguro Social _____
 Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 Empleador _____ Número de Seguro Social _____

PREGUNTAS MÉDICAS

GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:

¿Tiene él / ella algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses? Sí No

PREOCUPACIONES POR LA SALUD:

¿No puede él / ella trabajar debido a motivos médicos? Sí No

INFORMACIÓN DE EMBARAZO: ¿Está embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo se espera que dé a luz? _____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN (no se requiere para asistencia médica)

¿Es él / ella un(a) estudiante? Sí No Nombre de la Escuela: _____ Grado de estudios: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está el / ella en huelga? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA INGRESOS? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA RECURSOS?

PARÁ AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta corriente		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del Club de Feriados		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del Club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Cooperativa de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)			Acciones		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Bonos		
Beneficios por Incapacidad			Certificados de Depósito		
Beneficios por Enfermedad / Maternidad			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Seguro			Cuenta Individual de Jubilación		
Beneficios de Sindicato / Huelga			Fideicomiso de Entierro		
Beneficios Ferroviarios de Jubilación			Fondos de Entierro		
Sustentación o Pensión Alimenticia para los Hijos			Planes de Entierro		
Ingreso por Huésped / Inquilino			Bienes Raíces		
Ingreso por Alquiler			Propiedad que Produce Ingresos		
Ingreso por Ayuda Educativa			Vehículos Recreativos		
Ingreso Militar			Bote		
Ingreso por Interés o Dividendo			Casa rodante		
Ayuda por Cuidado Adoptivo Temporal			Vehículo #1		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #2		
Ingreso de Patrocinador / Cónyuge			Vehículo #3		
Otro			Otro		

¿HA DEJADO SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? Sí No ¿Cuándo? _____

(no se requiere para asistencia médica)

*****MIEMBRO DE SU FAMILIA PARA QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO *****

NOMBRE: (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social Para asistencia médica – sólo solicitantes deben dar su número
--	----------------------------	--

Relación al Solicitante: _____ **SEXO:** Masculino Femenino

GRUPO ÉTNICO / RAZA: No es obligatorio llenar la información de grupo étnico / raza que está a continuación. Sin embargo, si no marca los casilleros, el trabajador social marcará los casilleros de grupo étnico / raza para cumplir con la ley Federal de los derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964. **Grupo Étnico:** Hispano / Latino No Hispano / No Latino **Raza:** Blanca Negra o Norteamericana africana Asiática India norteamericana o Natural de Alaska Natural de Hawaii o de otra Isla del Pacífico

ESTADO CIVIL:
 Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Conviviente No sabe

CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE: (Para asistencia médica – solamente solicitantes deben responder)
 Lugar de nacimiento: _____ Ciudadano americano Ciudadano americano naturalizado Inmigrante con documentos Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:

¿Está él / ella huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser condenado(a) por un crimen o por intento de cometer un crimen que es una felonía bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica) Sí No

¿Está él / ella violando una condición de prueba o de libertad condicional? (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido él / ella condenado(a) por distribuir o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía? (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido él / ella condenado(a) por poseer o usar drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía? (No para asistencia médica) Sí No

INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD (si no están en el hogar): (No e necesita para Cupones de Alimentos) (Si no responde, su hijo todavía puede ser elegible para asistencia médica)

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 Empleador _____ Número de Seguro Social _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 Empleador _____ Número de Seguro Social _____

PREGUNTAS MÉDICAS

GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:

¿Tiene él / ella algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses? Sí No

PREOCUPACIONES POR LA SALUD:

¿No puede él / ella trabajar debido a motivos médicos? Sí No

INFORMACIÓN DE EMBARAZO: ¿Está embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo se espera que dé a luz? _____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN (no se requiere para asistencia médica)

¿Es él / ella un(a) estudiante? Sí No Nombre de la Escuela: _____ Grado de estudios: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está el / ella en huelga? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA INGRESOS? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA RECURSOS?

PARA AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta corriente		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del Club de Feriados		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del Club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Cooperativa de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)			Acciones		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Bonos		
Beneficios por Incapacidad			Certificados de Depósito		
Beneficios por Enfermedad / Maternidad			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Seguro			Cuenta Individual de Jubilación		
Beneficios de Sindicato / Huelga			Fideicomiso de Entierro		
Beneficios Ferroviarios de Jubilación			Fondos de Entierro		
Sustentación o Pensión Alimenticia para los Hijos			Planes de Entierro		
Ingreso por Huésped / Inquilino			Bienes Raíces		
Ingreso por Alquiler			Propiedad que Produce Ingresos		
Ingreso por Ayuda Educativa			Vehículos Recreativos		
Ingreso Militar			Bote		
Ingreso por Interés o Dividendo			Casa rodante		
Ayuda por Cuidado Adoptivo Temporal			Vehículo #1		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #2		
Ingreso de Patrocinador / Cónyuge			Vehículo #3		
Otro			Otro		

¿HA DEJADO SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? Sí No ¿Cuándo? _____

(no se requiere para asistencia médica)

*****MIEMBRO DE SU FAMILIA PARA QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO *****

NOMBRE: (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social Para asistencia médica – sólo solicitantes deben dar su número
--	----------------------------	--

Relación al Solicitante: _____ **SEXO:** Masculino Femenino

GRUPO ÉTNICO / RAZA: No es obligatorio llenar la información de grupo étnico / raza que está a continuación. Sin embargo, si no marca los casilleros, el trabajador social marcará los casilleros de grupo étnico / raza para cumplir con la ley Federal de los derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964. **Grupo Étnico:** Hispano / Latino No Hispano / No Latino **Raza:** Blanca Negra o Norteamericana africana Asiática India norteamericana o Natural de Alaska Natural de Hawaii o de otra Isla del Pacífico

ESTADO CIVIL:
 Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Conviviente No sabe

CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE: (Para asistencia médica – solamente solicitantes deben responder)
 Lugar de nacimiento: _____ Ciudadano americano Ciudadano americano naturalizado Inmigrante con documentos Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:

¿Está él / ella huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser condenado(a) por un crimen o por intento de cometer un crimen que es una felonía bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica)
 Sí No

¿Está él / ella violando una condición de prueba o de libertad condicional? (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido él / ella condenado(a) por distribuir o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía? (No para asistencia médica) Sí No

¿Ha sido él / ella condenado(a) por poseer o usar drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía? (No para asistencia médica) Sí No

INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD (si no están en el hogar): (No e necesita para Cupones de Alimentos) (Si no responde, su hijo todavía puede ser elegible para asistencia médica)

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 Empleador _____ Número de Seguro Social _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 Empleador _____ Número de Seguro Social _____

PREGUNTAS MÉDICAS

GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:

¿Tiene él / ella algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses? Sí No

PREOCUPACIONES POR LA SALUD:

¿No puede él / ella trabajar debido a motivos médicos? Sí No

INFORMACIÓN DE EMBARAZO: ¿Está embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo se espera que dé a luz? _____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN (no se requiere para asistencia médica)

¿Es él / ella un(a) estudiante? Sí No Nombre de la Escuela: _____ Grado de estudios: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está el / ella en huelga? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA INGRESOS? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA RECURSOS?

PARÁ AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta corriente		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del Club de Feriados		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del Club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Cooperativa de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)			Acciones		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Bonos		
Beneficios por Incapacidad			Certificados de Depósito		
Beneficios por Enfermedad / Maternidad			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Seguro			Cuenta Individual de Jubilación		
Beneficios de Sindicato / Huelga			Fideicomiso de Entierro		
Beneficios Ferroviarios de Jubilación			Fondos de Entierro		
Sustentación o Pensión Alimenticia para los Hijos			Planes de Entierro		
Ingreso por Huésped / Inquilino			Bienes Raíces		
Ingreso por Alquiler			Propiedad que Produce Ingresos		
Ingreso por Ayuda Educativa			Vehículos Recreativos		
Ingreso Militar			Bote		
Ingreso por Interés o Dividendo			Casa rodante		
Ayuda por Cuidado Adoptivo Temporal			Vehículo #1		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #2		
Ingreso de Patrocinador / Cónyuge			Vehículo #3		
Otro			Otro		

¿HA DEJADO SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? Sí No ¿Cuándo? _____

(no se requiere para asistencia médica)

*****MIEMBRO DE SU FAMILIA PARA QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO *****

NOMBRE: (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <small>Para asistencia médica – sólo solicitantes deben dar su número</small>
Relación al Solicitante:		
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
GRUPO ÉTNICO / RAZA: No es obligatorio llenar la información de grupo étnico / raza que está a continuación. Sin embargo, si no marca los casilleros, el trabajador social marcará los casilleros de grupo étnico / raza para cumplir con la ley Federal de los derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964. Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Norteamericana africana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India norteamericana o Natural de Alaska <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii o de otra Isla del Pacífico		
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> No sabe		
CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE: (Para asistencia médica – solamente solicitantes deben responder) Lugar de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Ciudadano americano naturalizado <input type="checkbox"/> Inmigrante con documentos <input type="checkbox"/> Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:		
¿Está él / ella huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser condenado(a) por un crimen o por intento de cometer un crimen que es una felonía bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está él / ella violando una condición de prueba o de libertad condicional? (No para asistencia médica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha sido él / ella condenado(a) por distribuir o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía? (No para asistencia médica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha sido él / ella condenado(a) por poseer o usar drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o Estatal que es una felonía? (No para asistencia médica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD (si no están en el hogar): (No e necesita para Cupones de Alimentos) (Si no responde, su hijo todavía puede ser elegible para asistencia médica) Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Dirección _____ Empleador _____ Número de Seguro Social _____ Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Dirección _____ Empleador _____ Número de Seguro Social _____		

PREGUNTAS MÉDICAS

GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:

¿Tiene él / ella algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses? Sí No

PREOCUPACIONES POR LA SALUD:

¿No puede él / ella trabajar debido a motivos médicos? Sí No

INFORMACIÓN DE EMBARAZO: ¿Está embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo se espera que dé a luz? _____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN (no se requiere para asistencia médica)

¿Es él / ella un(a) estudiante? Sí No Nombre de la Escuela: _____ Grado de estudios: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está el / ella en huelga? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA INGRESOS? Sí No

¿TIENE ÉL / ELLA RECURSOS?

PARA AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta corriente		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del Club de Feriados		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del Club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Cooperativa de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)			Acciones		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Bonos		
Beneficios por Incapacidad			Certificados de Depósito		
Beneficios por Enfermedad / Maternidad			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Seguro			Cuenta Individual de Jubilación		
Beneficios de Sindicato / Huelga			Fideicomiso de Entierro		
Beneficios Ferroviarios de Jubilación			Fondos de Entierro		
Sustentación o Pensión Alimenticia para los Hijos			Planes de Entierro		
Ingreso por Huésped / Inquilino			Bienes Raíces		
Ingreso por Alquiler			Propiedad que Produce Ingresos		
Ingreso por Ayuda Educativa			Vehículos Recreativos		
Ingreso Militar			Bote		
Ingreso por Interés o Dividendo			Casa rodante		
Ayuda por Cuidado Adoptivo Temporal			Vehículo #1		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #2		
Ingreso de Patrocinador / Cónyuge			Vehículo #3		
Otro			Otro		

¿HA DEJADO SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? Sí No ¿Cuándo? _____

(no se requiere para asistencia médica)

**POR FAVOR LLENE TODOS LOS GASTOS QUE SU FAMILIA PAGA
** CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE ****

VIVIENDA	SÍ	NO	CANTIDAD ACTUAL A PAGAR	SERVICIOS PÚBLICOS	SÍ	NO	CANTIDAD ACTUAL A PAGAR
ALQUILER				ELECTRICIDAD			
ALQUILER DEL LOTE DE LA CASA RODANTE				GAS			
HIPOTECA				ACEITE COMBUSTIBLE			
SEGUNDA HIPOTECA				AGUA			
SEGURO DE PROPIEDAD				DESAGUE			
IMPUESTOS DE BIENES RAÍCES				BASURA			
ALQUILER DE HABITACIÓN				TELÉFONO (BÁSICO)			
HABITACIÓN Y COMIDAS				OTRO			

RESPONDA CADA PREGUNTA ** SOLAMENTE CUPONES DE ALIMENTOS **

¿Vive en Vivienda Pública / Sección 8?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Paga servicios públicos en exceso?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Recibe un cheque de HUD / WHA para pagar servicios públicos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Comparte costos de vivienda con alguien?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Comparte costos de servicios públicos con alguien?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Paga para recibir calefacción y/o aire acondicionado en su vivienda? (los costos de calefacción o aire acondicionado aparte de su alquiler)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Espera algunos cambios en los costos de su vivienda o servicios públicos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

****AVISO IMPORTANTE SOBRE LAS DEDUCCIONES****

Una vez que la elegibilidad de los Cupones de Alimentos pueda ser determinada, los beneficios serán emitidos, aunque todas las deducciones, que usted haya informado, no hayan sido verificadas. Si las deducciones son verificadas antes del 30^{mo} día después de la fecha de solicitud, puede que se emitan beneficios adicionales.

GASTOS MÉDICOS **CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE**

Si usted o alguien de su familia es mayor de 60 años y/o recibe pagos por incapacidad, tal como Beneficios de SSI, de Incapacidad de Seguro Social, o de Veteranos, y tiene costos médicos, por favor indique el nombre de la persona y la cantidad de sus gastos médicos a continuación:

Nombre:	Cantidad	Nombre:	Cantidad	Nombre:	Cantidad
Hospitalización		Hospitalización		Hospitalización	
Medicamentos Recetados		Medicamentos Recetados		Medicamentos Recetados	
Atención de la vista		Atención de la vista		Atención de la vista	
Dental		Dental		Dental	
Seguro		Seguro		Seguro	

GASTOS MÉDICOS (Continuación) **CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE**

Cuidado de Enfermera		Cuidado de Enfermera		Cuidado de Enfermera	
Materiales médicos		Materiales médicos		Materiales médicos	
Visitas del médico		Visitas del médico		Visitas del médico	
Transporte		Transporte		Transporte	
Otro		Otro		Otro	

PREGUNTAS MÉDICAS PARA CUPONES DE ALIMENTOS Y ASISTENCIA MÉDICA

¿Son algunos de los gastos médicos pagados por algún seguro médico? SÍ NO

¿Espera tener algún otro gasto médico este año? SÍ NO

¿Tiene alguien en su familia seguro médico? (no Medicaid) SÍ NO

Nombre del Dueño de la Póliza: _____ Nombre del Seguro: _____

¿Quién está cubierto?: _____ Número de Póliza: _____

Haga un círculo en lo que está cubierto : Médico Hospital Pruebas de Laboratorio Radiografías

¿Tiene usted o alguien de su familia seguro por accidente? SÍ NO

¿Tiene usted o alguien de su familia otro seguro? SÍ NO

¿Ha tenido alguien seguro médico en los últimos 6 meses? Si es así, indique el nombre : _____

Haga un círculo en lo que está cubierto : Médico Hospital Pruebas de Laboratorio Radiografías ¿Cuándo paró el seguro? _____ ¿Por qué paró el seguro? _____

¿Está alguien de su familia muy incapacitado o ha dejado de recibir SSI?. Si es así, indique el nombre(s): (asistencia médica solamente)

GASTOS DE ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

¿Alguien en su familia paga a alguien para que cuide a un niño o a un adulto incapacitado? SÍ NO Si la respuesta es Sí, indique cada nombre, cantidad facturada, y haga un círculo en la frecuencia de la factura.

Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro

PAGOS DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS (CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE)

¿Paga usted, o algún miembro de su familia, sustentación de hijos por niños que no viven en su hogar? SÍ NO

¿Son los pagos ordenados por la corte? SÍ NO

¿Está usted ordenado por la corte a hacer pagos atrasados a un niño devuelto a su familia? SÍ NO

Indique el nombre, cantidad pagada, y haga un círculo en la frecuencia de la factura.

Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro

LEA LOS SIGUIENTES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LEY DE PRIVACIDAD / NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Las Leyes Federales requieren la recolección de información en la solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). El proporcionar esta información, incluyendo el SSN, es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar esta información, incluyendo el SSN de cada miembro de la familia para quien usted está solicitando, puede resultar en la negación de beneficios a su familia o a un miembro de su familia. Usted nos debe dar los Números de Seguro Social (SSN) de todos los miembros de la familia para quienes usted está solicitando ayuda de dinero en efectivo, cupones de alimentos y asistencia médica. La División de Servicios Sociales pedirá el SSN de la persona cuyos ingresos son usados para determinar elegibilidad, aunque no se requiera. Inmigrantes ilegales no requieren dar un SSN para Asistencia Médica. Los inmigrantes ilegales pueden ser elegibles para servicios de emergencia y parto y alumbramiento.

Usaremos el SSN para determinar la elegibilidad inicial y continua, revisar la identidad de los miembros de su familia, prevenir la participación duplicada, y ayudarnos a hacer cambios en grupo. También usaremos el SSN para revisar la información que nos dé con la información que tenemos en nuestros registros y con otros sistemas de comparación por computadora de agencias de gobierno Federales, Estatales y Locales. Esto quiere decir que necesitaremos comunicarnos con empleadores, bancos, o terceros. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, la información en esta solicitud, incluyendo el SSN de cada miembro de la familia, puede ser referida a las agencias Estatales/Federales, así como agencias privadas de recolección, para recolecciones de reclamos. Esta información será también usada para controlar el cumplimiento con los reglamentos del programa y para la administración del programa. **Si nos diera información falsa a propósito, puede que se tome una acción legal contra usted.**

COOPERACIÓN CON REVISIONES ESPECIALES

(Cupones de alimentos, Ayuda de Dinero en Efectivo, Guardería - no Asistencia Médica.) Cooperaré completamente con todo el personal Estatal y Federal, tal como Control de Calidad y Servicios de Administración de Auditoría y Recuperación, en cualquier revisión especial de mi caso. **El no cooperar puede resultar en que se cierre su caso.**

APELACIÓN / DERECHOS DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Entiendo que yo, o mi representante, puedo apelar a DSS, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA para cupones de alimentos) si no estoy satisfecho con cualquiera de las decisiones hechas por División, o si creo que he sido discriminado por raza, color, nacionalidad de origen, sexo, religión, edad, incapacidad, o creencias políticas. Como parte del proceso de apelación, entiendo que tengo derecho a una audiencia imparcial y que puedo ser representado en una audiencia por un abogado o cualquier otra persona que escoja. Si no estoy satisfecho con la decisión de mi audiencia imparcial, entiendo que puedo pedir una revisión judicial en la Corte Superior en el Condado en el que vivo. Entiendo también que debo presentar una solicitud para una revisión judicial dentro de 30 días a partir de la fecha de mi decisión de audiencia imparcial.

REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Toda la información y documentación reunida para determinar su elegibilidad de Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, Guardería y Asistencia Médica u otro programa de uso relacionado es confidencial. Cada programa proporciona medios de seguridad, restringiendo el uso y revelación de la información sobre usted a propósitos directamente conectados con la administración del programa.

La revelación de la información concerniente a su elegibilidad de Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, Guardería y Asistencia Médica a alguien que no esté autorizado para recibir la información es una violación de la ley Estatal y Federal. Cuando una fuente autorizada deja de proteger la naturaleza confidencial de su información, puede resultar en una acción legal.

Mientras que los programas de Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, Guardería y Asistencia Médica mantendrán su información de elegibilidad en forma confidencial, estas disposiciones no afectan su derecho a dar un consentimiento específico por escrito para diseminar la información a otras personas o fuentes.

Para el Programa de Cupones de Alimentos

DSS hará disponible a los funcionarios de cumplimiento de la ley, en deber oficial, la dirección, SSN, y una fotografía (si está disponible) de un receptor de Cupones de Alimentos si el funcionario proporciona el nombre del receptor e informa a DSS que la persona está huyendo para evitar persecución, custodia o encarcelamiento por una felonía, o está violando una condición de libertad condicional o período de prueba, o tiene información que el funcionario necesita para conducir un deber oficial relacionado a una felonía o violación de la libertad condicional.

Para el Programa de Ayuda de Dinero en Efectivo

DSS hará disponible a los funcionarios de cumplimiento de la ley, en deber oficial, la dirección de un receptor de Ayuda de Dinero en Efectivo si el funcionario proporciona el nombre del receptor e informa a DSS que la persona está huyendo para evitar persecución, custodia o encarcelamiento por una felonía, o está violando una condición de libertad condicional o período de prueba, o tiene información que el funcionario necesita para conducir un deber oficial.

ACUERDO DEL PAGO

Entiendo que estoy obligado a pagar a DSS cualquier ayuda recibida (Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, o Asistencia Médica) que sea más que la cantidad a la cual tengo derecho, o cualquier servicio médico que reciba al cual no tengo derecho. Mi obligación de hacer tal pago se aplica tanto durante mi período de elegibilidad y después que ya no reciba beneficios.

Entiendo que se hará una reducción cada mes de mis beneficios de Ayuda de Dinero en Efectivo o Cupones de Alimentos bajo procedimientos establecidos en el manual de DSS, hasta que la cantidad que se debe sea pagada por completo.

Cuando mi caso actual sea cerrado, estaré obligado a pagar el saldo de cualquier pago por completo en una de las siguientes maneras:

1. Pagos mensuales a los Servicios de Administración de Auditoría y Recuperación;
2. Programa de Referencia de Trabajo;

3. Incremento voluntario de sueldos;
4. Corte de los Reembolsos de Impuesto a la Renta Estatales y/o Federales;
5. Corte de ganancias de lotería;
6. Retención de beneficios de Indemnización por Desempleo; o
7. Retención o reducción de Pagos Federales que incluyan lo siguiente:
 - (a) Reembolsos de Impuesto a la Renta;
 - (b) Pago de salario federal, incluyendo pago militar;
 - (c) Retiro federal, incluyendo pago de retiro militar;
 - (d) Pagos de contratista/vendedor;
 - (e) Pagos de beneficio federal, tales como beneficios de Seguro Social, Jubilación Ferroviaria, y de Pulmones Negros (parte B); y
 - (f) Otros pagos Federales, incluyendo ciertos préstamos a usted, que no están exentos de compensación.

Entiendo además que cualquier saldo no pagado será deducido automáticamente si yo vuelvo como receptor de Ayuda de Dinero en Efectivo o de Cupones de Alimentos.

Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios de Alimentos Primeros de Delaware (conocido en inglés como Delaware's Food First Electronic Benefits Transfer [EBT] Card)

Los beneficios de cupones de alimentos se emiten en una tarjeta de EBT. Cuando se aprueban sus beneficios, puede ir a un lugar donde se emiten tarjetas para obtener su tarjeta y seleccionar su Número Personal de Identificación (conocido en inglés como Personal Identification Number [PIN]). Debe guardar su PIN en secreto. **NO** escriba su PIN en su tarjeta o en un lugar que no sea seguro. **NO** dé a nadie su PIN. Si alguien toma su tarjeta de EBT y usa su PIN para obtener sus beneficios sin permiso, no podrá hacer que se reemplacen esos beneficios.

Si pierde o le roban su tarjeta de EBT, DEBE LLAMAR al número de teléfono de Apoyo para Clientes e-Funds al 1-800-526-9099 inmediatamente. Si no llama a este número inmediatamente para congelar su cuenta, de tal forma que nadie pueda usar sus beneficios, no reemplazaremos los beneficios pendientes. El número funciona las 24 horas del día / 7 días a la semana.

ADVERTENCIAS DE PENALIDADES (Cupones de Alimentos y Ayuda de Dinero en Efectivo)

Se revisará la información que usted nos da, para asegurar que su familia es elegible para Cupones de Alimentos y Ayuda de Dinero en Efectivo. Los funcionarios Federales, Estatales, y Locales revisarán la información que usted nos da. Se revisará la información usando el Sistema Estatal de Ingreso y Verificación de Elegibilidad, otros sistemas de comparación por computadora, revisión de programas y auditorías. Alguna información puede que también se envíe al Servicio de Inmigración y Naturalización para ver si la información que nos dió es correcta. No se revisará el estado de un inmigrante ilegal. Esto no afectará cualquier determinación de cargo público ni conducirá a los procedimientos de deportación. La información que nos dió puede que también sea revisada por otros programas de Ayuda Federal y Programas Estatales con Ayuda Federal, tales como Almuerzo Escolar y Medicaid. Si alguna información que usted nos haya dado, se encuentra que es incorrecta, puede que se le niegue la Ayuda de Dinero en Efectivo/Cupones de Alimentos. Si nos diera información falsa a propósito, puede que se tome una acción legal contra usted. Puede que también tenga que pagar nuevamente la cantidad de beneficios que usted no debería haber recibido.

Cualquier miembro de su hogar que rompa cualquiera de las siguientes reglas **A PROPÓSITO** no podrá obtener Cupones de Alimentos o Ayuda de Dinero en Efectivo:

Para Cupones de Alimentos:

NO dé información falsa, o esconda información, para obtener o continuar recibiendo Cupones de Alimentos.

NO cambie o venda Cupones de Alimentos, tarjetas de autorización o cualquier documento de autorización.

NO altere las tarjetas de autorización para obtener Cupones de Alimentos a los que no tiene derecho de recibir.

NO use los Cupones de Alimentos o tarjetas de autorización de alguien para su hogar.

NO use los Cupones de Alimentos para comprar artículos inelegibles, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.

Cualquier miembro de su familia que rompa el reglamento de los Cupones de Alimentos a propósito no podrá obtener Cupones de Alimentos por un año por la primera violación, dos años por la segunda violación, y nunca más por la tercera violación.

La Corte puede también ordenar que una persona salga del programa por 18 meses. La persona puede también ser multada hasta por \$250,000, enviada a la cárcel hasta por 20 años, o ambas cosas. Bajo otras leyes Federales, una acción criminal o civil adicional puede ser tomada contra la persona.

Si cualquier miembro de su familia es encontrado culpable por una corte (Federal, Estatal, o local) por vender o comprar drogas ilegales con Cupones de Alimentos, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por dos años por la primera vez. La segunda vez que la persona fuese encontrada culpable por vender o comprar drogas ilegales con Cupones de Alimentos, él/ella no recibirá **NUNCA** más Cupones de Alimentos.

Si cualquier miembro de su familia es encontrado culpable por una corte por vender o comprar armas, municiones, o explosivos con Cupones de Alimentos, aunque fuese la primera vez, él/ella no recibirá **NUNCA** más Cupones de Alimentos.

Si algún miembro de su familia es encontrado culpable por una corte (Federal, Estatal o local) por haber hecho tráfico de beneficios de Cupones de Alimentos por la cantidad de \$500 ó más, aunque sea la primera vez, él / ella **NUNCA** más recibirá Cupones de Alimentos.

Si algún miembro de su familia es declarado culpable al representar engañosamente su identidad o lugar de residencia con el fin de obtener Cupones de Alimentos Múltiples por el mismo mes, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por un período de 10 años.

Si algún miembro de su familia está huyendo para evitar persecución, o custodia o encarcelamiento después de una convicción, bajo la ley de cualquier estado por un crimen, o intento de cometer un crimen, que es una felonía, o violando una condición de período de prueba o libertad condicional impuesta bajo una ley Federal o Estatal, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos.

Si algún miembro de su familia es condenado de una felonía por distribuir, o vender drogas ilegales, la persona no recibirá **NUNCA** más Cupones de Alimentos.

Persona Culpada por Drogas que Tiene Convicciones por Usar Cupones de Alimentos

Cualquiera que esté culpado de una felonía por drogas por usar o tener sustancias controladas no puede obtener Cupones de Alimentos a menos que la persona esté:

- (1) En un programa de tratamiento de drogas; o
- (2) En una lista de espera para tratamiento de drogas; o
- (3) Haya completado tratamiento de drogas; o
- (4) No necesita tratamiento de drogas; y
- (5) Haya completado todos los requisitos de la corte, incluyendo tratamiento de drogas.

La persona culpada por drogas debe proporcionar prueba de cumplir con las condiciones anteriores. La persona debe presentarse para pruebas de drogas trimestralmente.

El no regresar a la prueba de drogas resultará en la terminación de los beneficios de Cupones de Alimentos. La persona no podrá obtener beneficios de Cupones de Alimentos hasta que se proporcione una prueba de drogas que esté libre de sustancias controladas.

Si una persona falla la prueba de drogas, él o ella no podrá obtener Cupones de Alimentos por un año. Después de un período de descalificación de un año, la persona podrá obtener Cupones de Alimentos otra vez si es en otro respecto elegible, cuando se le proporcione una prueba de drogas en la que esté libre de sustancias controladas.

Por Ayuda de Dinero en Efectivo:

NO dé información falsa, o esconda información, para obtener o continuar recibiendo Ayuda de Dinero en Efectivo.

Cualquier miembro de su familia que rompa el reglamento de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (conocido en inglés como Temporary Assistance for Needy Families [TANF]) a propósito no podrá obtener Ayuda de Dinero en Efectivo por un año por la primera violación, dos años por la segunda violación, y nunca más por la tercera violación.

Todo solicitante o receptor que dé información falsa con el fin de obtener beneficios está sujeto a penalidades, incluyendo una multa de hasta \$500 y encarcelamiento hasta de 6 meses.

Si se encuentra culpable a cualquier miembro de su familia por representar engañosamente su lugar de residencia con el fin de obtener beneficios múltiples en dos o más Estados por el mismo mes de programas con fondos bajo TANF, Título XIX de Medicaid, la ley de Cupones de Alimentos de 1977, y el Título XVI del Programa de Ingreso de Seguro Suplementario, la persona no podrá recibir Ayuda de Dinero en Efectivo por un período de 10 años.

Si un miembro de su familia está huyendo para evitar persecución, o custodia o encarcelamiento después de una convicción, bajo la ley de cualquier estado por un crimen, o intento de cometer un crimen, que es una felonía, o violando una condición de período de prueba o libertad condicional impuesta bajo una ley Federal o Estatal, la persona no podrá obtener Ayuda de Dinero en Efectivo.

Si algún miembro de su familia es condenado por una felonía por tener, usar, o vender drogas ilegales, la persona no recibirá **NUNCA** más Ayuda de Dinero en Efectivo.

PROGRAMA DE AYUDA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (CONOCIDO EN INGLÉS COMO TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIAS [TANF])

Los niños del núcleo familiar están incluidos en el estándar de la necesidad cuando se determina la elegibilidad, pero no en el pago estándar para calcular las cantidades del beneficio. Esto significa que los niños del núcleo familiar se consideran receptores de TANF. Esto incluye asignar derechos de sustentación del niño al Estado y cooperar con el Contrato de Responsabilidad Mutua.

RENUNCIA AL TRABAJO DE TANF

Si una persona renuncia a un trabajo sin una buena causa y deja de cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo, el resultado será una pérdida de todos los beneficios de dinero en efectivo. Si la persona está cumpliendo con los requisitos de búsqueda de trabajo, las siguientes penalidades se aplicarán por dos meses:

- Por la primera vez, el beneficio de dinero en efectivo se reducirá en 1/3.
- Por la segunda vez, el beneficio de dinero en efectivo se reducirá en 2/3.
- Por la tercera vez, pérdida permanente de todos los beneficios de dinero en efectivo.

TRABAJO DE TANF Y PENALIDADES DE ENTRENAMIENTO

Cuando una persona no cumple con el trabajo y el entrenamiento, las siguientes penalidades pueden ocurrir:

- Por la primera vez, el beneficio de dinero en efectivo se reducirá en 1/3.
- Por la segunda vez, el beneficio de dinero en efectivo se reducirá en 2/3.
- Por la tercera vez, pérdida permanente de todos los beneficios de dinero en efectivo.

Después de la primera y segunda vez, la persona debe participar por dos semanas para obtener beneficios a cambio.

SOLICITUDES PARA OTROS BENEFICIOS (para TANF y Asistencia Médica)

Entiendo que debo solicitar y aceptar otros beneficios a los que pueda que sea elegible para obtener Compensación por Desempleo o Seguro Social.

REQUISITOS DE TRABAJO PARA CUPONES DE ALIMENTOS

Entiendo que ninguna persona que no esté física y mentalmente capaz mayor de 15 años de edad y menor de 60 años de edad, podrá ser elegible para participar en el Programa de Cupones de Alimentos si la persona deja de cumplir con cualquier requisito de trabajo, deja voluntariamente un trabajo sin un buen motivo o reduce voluntariamente sus horas de trabajo, a menos de 30 horas por semana, sin un buen motivo.

Cuando una persona, que no sea la cabeza familiar, deja de cumplir, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos:

- Por la primera vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por un mes o hasta que la persona cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.
- Por la segunda vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por tres meses o hasta que la persona cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.

- Por la tercera vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por seis meses o hasta que la persona cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.

Cuando una persona que es la cabeza familiar, deja de cumplir la familia entera no podrá obtener Cupones de Alimentos:

- Por la primera vez, la familia no podrá obtener Cupones de Alimentos por un mes o hasta que la familia cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.
- Por la segunda vez, la familia no podrá obtener Cupones de Alimentos por tres meses o hasta que la familia cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.
- Por la tercera vez, la familia no podrá obtener Cupones de Alimentos por seis meses o hasta que la familia cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.

Para sanciones por requisito de trabajo, la persona o familia debe servir el período de sanción mínima y la persona o cabeza familiar debe cumplir (con la excepción de retiro voluntario) antes de recibir los Cupones de Alimentos otra vez.

Los períodos de sanción mínima deben ser servidos aun si una persona o cabeza familiar cumple antes del final del período de sanción.

Para sanciones de retiro voluntario, la persona o cabeza familiar puede recibir Cupones de Alimentos otra vez después que se sirvan los períodos de sanción mínima.

REQUISITOS DE TRABAJO PARA ADULTOS CON CAPACIDAD FÍSICA SIN DEPENDIENTES

Entiendo que las personas entre 18 y 50 años de edad son inelegibles para recibir Cupones de Alimentos si reciben Cupones de Alimentos por lo menos tres meses en un período de 36 meses mientras no trabajen un promedio mensual de por lo menos 20 horas por semana, participen en un programa de trabajo por lo menos 20 horas por semana, participen y cumplan en un programa de suplemento de trabajo; o participen en un programa de trabajo, a menos que la persona esté exenta de los requisitos de trabajo.

INFORMANDO Y VERIFICANDO GASTOS:

El no informar o verificar cualquiera de los gastos siguientes será visto como una declaración por su familia en que no quiere recibir una deducción por los gastos no informados:

- Gastos de vivienda (alquiler/hipoteca/lote);
- Seguro de vivienda;
- Impuestos de bienes raíces;
- Gastos de servicios públicos (gas/electricidad/aceite combustible);
- Gastos de agua y desagüe;
- Gastos de basura;
- Gastos de teléfonos;
- Gastos médicos;
- Gastos de atención de dependientes;
- Gastos de sustentación pagados a los hijos que no viven en su hogar.

REQUISITOS DE INFORMACION:

Para Cupones de Alimentos

REQUISITOS SIMPLIFICADOS DE INFORMACIÓN (Para todas las familias excepto familias de personas ancianas o incapacitadas que no tienen ingresos por trabajo).

- Las familias requieren informar solamente los cambios de ingresos cuando el ingreso mensual excede 130 por ciento de la pauta de ingreso de pobreza para el tamaño de la familia que existió al momento de la certificación o recertificación.
- Cuando el ingreso mensual de una familia excede el 130 por ciento de la pauta de ingreso de pobreza, la familia requiere informar ese cambio dentro de diez días después del final del mes que la familia determine que el ingreso es mayor de la cantidad de 130 por ciento.
- El requisito de información adicional para personas ABAWD. Los adultos que viven en un hogar sin hijos menores de edad, que están recibiendo cupones de alimentos debido a que están trabajando mas de 20 horas a la semana, deben informar cuando comiencen a trabajar menos de 20 horas a la semanas.

CAMBIO DE REQUISITOS DE INFORMACIÓN (Para familias de personas ancianas o incapacitadas que no tienen ingresos por trabajo).

- Los cambios en la cantidad de ingreso bruto que no sea por trabajo de más de \$50, excepto los cambios en las donaciones de asistencia pública. Los cambios que se informan en persona o por teléfono tienen que ser realizados de la misma manera que los que se informan en el formulario de informe de cambio;
- Un cambio en la fuente de ingresos, incluyendo el comienzo o el dejar de trabajar o cambio de trabajos, si el cambio de empleo causa un cambio en el ingreso.
- Todos los cambios en la composición de la familia, tal como una adición o pérdida de un miembro de la familia;
- Cambios en la residencia y los cambios resultantes en los costos de refugio;
- La adquisición de un vehículo licenciado no completamente excluible bajo DSSM 9051 (para familias que no sean categóricamente elegibles);
- Cuando dinero efectivo disponible, acciones, bonos, y dinero en una cuenta corriente o de ahorros alcanzan o exceden un total de \$2000 (para familias que no sean categóricamente elegibles); y
- Cambios en la obligación legal para pagar sustentación de niños.

Las familias certificadas deben informar los cambios dentro de diez (10) días a partir de la fecha que el cambio llega a ser conocido a la familia.

Para cambios que sean para informar sobre un nuevo empleo / ingreso, las familias deben informar el cambio dentro de 10 días a partir de la fecha en que la familia recibe su primer cheque de pago / pago.

Una familia que solicita debe informar todos los cambios relacionados a su elegibilidad y beneficios de cupones de alimentos en la entrevista de certificación. La familia debe informar los cambios que ocurren después de la entrevista pero antes de la fecha del aviso de elegibilidad, dentro de diez (10) días a partir de la fecha del aviso.

Para Ayuda de Dinero en Efectivo y Asistencia Médica:

Estoy de acuerdo en informar **INMEDIATAMENTE** a la oficina local de DSS sobre cualquier cambio de las circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad continua para ayuda o la cantidad de ayuda a la cual tengo derecho de recibir.

GUARDERÍA

Entiendo que puedo ser elegible para guardería hasta por 24 meses si mi caso de Ayuda de Dinero en Efectivo (excepto por Asistencia General) es cerrado debido a las ganancias u horas aumentadas y/o dificultades de ingresos ganados debido a las limitaciones de tiempo.

Entiendo que tendré que comunicarme con DSS para una determinación. Si usted es padre o madre con un niño menor de seis años de edad, y usted no puede encontrar una guardería, DSS no lo sancionará por no participar en el trabajo u otras actividades para encontrar trabajo. Con el fin de reclamar que usted no puede encontrar la guardería que necesita, usted tendrá que avisar a su trabajador social dentro de diez días del tiempo en que no pudo encontrar guardería, o dentro de diez días del tiempo en que DSS le dijo que debía participar en el trabajo.

También debe mostrar lo siguiente:

- que la guardería adecuada no estaba disponible dentro de una distancia razonable de una hora desde su casa o desde su centro de trabajo; o
- que no pudo hacer arreglos con un familiar, o que viniera alguien a su hogar para que cuidara a sus hijos; o
- que no pudo encontrar cuidado adecuado y al alcance de su bolsillo.

Si no pudo encontrar guardería debido a uno de los motivos anteriores, debe decírselo a su trabajador social. Su trabajador revisará su situación con usted. **DEBE PODER DEMOSTRAR QUE USTED TIENE UN PROBLEMA** (por ejemplo, que fue a cinco o más proveedores que cuidan a niños y que ningún proveedor tenía una vacante para su hijo). DSS le dirá si estamos o no estamos de acuerdo en que la guardería es un problema. En algunos casos, DSS puede recomendarlo a otra fuente para que se le ayude a encontrar el cuidado que necesita. Durante este tiempo, DSS no puede sancionarlo por falta de participación en el trabajo u otras actividades. Esto no extenderá su límite de tiempo para recibir beneficios.

Como participante en el Programa de Compra de Servicios de Guardería de DSS, entiendo lo siguiente:

1. Que pueda que se requiera que pague una porción de los gastos de guardería de mi hijo. La tarifa se basa en mis ingresos y tamaño de mi familia. (Su trabajador social le avisará sobre la tarifa, o si tiene que pagar una tarifa).
2. Que si mi hijo está ausente, DSS pagará a mi proveedor de guardería entre 1 a 5 días de ausencia.
3. Que debo informar dentro de diez días sobre los cambios que afectan ya sea mi necesidad por guardería subsidiada o ingreso. Debo informar los cambios que afectan a mi persona, mi cónyuge, el otro padre o madre de mi hijo(s) que vive en mi casa, o hijo(s) si es aplicable.

Algunos de los cambios que debo informar son:

Conseguir un trabajo, perder un trabajo, cambiar de trabajo, tomar un segundo trabajo, no trabajar más en un segundo trabajo, recibir sustentación de los hijos, recibir beneficios de veterano y otras situaciones más, recibir un aumento o disminución en sueldos de \$75 ó más al mes, recibir un

aumento o disminución en asistencia pública o seguridad social o manutención de hijos o beneficios de veterano y otras cosas más de \$75 ó más al mes, inscribirme en una clase de educación o de entrenamiento, entrenamiento completo, que no tiene más necesidades especiales de guardería, cambios en el estado civil, tamaño de la familia y domicilio.

4. Como participante en el Programa de Guardería subsidiado por DSS, entiendo además:
- Que la información que doy para calificar a guardería estará sujeta a ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales. Si se encuentra que la información es inexacta, puedo estar sujeto a persecución criminal por proporcionar falsa información deliberadamente.
 - Que si no tengo documentos para verificar la información necesitada, estoy de acuerdo en dar el nombre de una persona u organización que DSS pueda contactar para obtener verificación, y que autorizo al personal de DHSS a que verifique cualquier declaración que yo haga con respecto a mi solicitud para guardería.
 - Que si planeo cambiar mi proveedor de guardería dentro del período de autorización indicado avisaré a mi trabajador social por lo menos cinco días antes de cambiar a mi hijo, de tal forma que una autorización nueva pueda ser procesada.
 - Que avisaré a mi proveedor actual de mi intención de cambiar a mi hijo, por lo menos cinco días antes de cambiar a mi hijo(s).
 - Que puedo ser responsable por el pago de mi proveedor de guardería a la tarifa del proveedor particular si dejo de volver a ser elegible para el servicio.
 - Que mi proveedor me puede cobrar una tarifa por retraso al recoger a mi hijo, una tarifa por pago retrasado, y por costos de viajes de excursión. Que no soy responsable por cualquier otra tarifa del proveedor que no esté incluida en el Contrato o Certificado de Guardería.
 - Tendré que rembolsar a DSS por el pago hecho para mi hijo(s) si continúo usando la guardería cuando no fuese elegible para recibir el servicio.
 - Que puedo experimentar una interrupción en mi servicio de guardería si dejo de responder a las averiguaciones de Control de Calidad de Asistencia de DSS.
5. Que en consideración por el pago hecho por DSS, por el presente documento libero a DSS de cualquier reclamo o motivo de acción y estoy de acuerdo que no haré a DSS responsable de cualquier lesión, enfermedad o contagio a mi hijo(s) que pueda ocurrir durante el curso del servicio.

PROGRAMAS DE ASISTENCIA MÉDICA

He leído o se me han leído todas las declaraciones de este formulario, y la información que doy es verdadera y completa en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo ser penalizado si doy información falsa deliberadamente. Entiendo que toda la información que doy es confidencial, y que las leyes federales y estatales limitan la revelación de información sobre mí.

Entiendo y estoy de acuerdo en dar prueba de mis declaraciones. Entiendo y estoy de acuerdo que DHSS puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad.

Debo dar el Número de Seguro Social de cada persona que solicita asistencia médica y se usará para revisar los registros con otras agencias de gobierno. DSS también me pide que dé el Número de

Seguro Social de alguien cuyo ingreso sea usado para determinar mi elegibilidad. Los inmigrantes ilegales no requieren dar un Número de Seguro Social.

Entiendo que esta solicitud será considerada sin importar la raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad de origen, o creencia política.

Entiendo que debo solicitar y aceptar otros beneficios a los que puedo ser elegible para obtener tal Indemnización por Desempleo o Seguro Social.

Permitiré a DHSS, o a sus representantes, a que actúen como mi agente en recuperar el dinero gastado por los programas de asistencia médica cuando otro dinero de seguro, etc. llegue a estar disponible para pagar mis facturas médicas.

Puede que tenga que pagar a DSS por cualquier asistencia médica recibida a la cual no tengo derecho. Mi obligación de pagar por tal asistencia se aplica tanto durante mi período de elegibilidad y después que ya no reciba más asistencia médica.

Como se requiere por ley por condiciones de elegibilidad, asigno todos los derechos al apoyo médico y al pago por atención médica de una tercera parte a DSS, y entiendo que debo cooperar con la División que Hace Cumplir con la Sustentación del Niño (conocido en inglés como Division of Child Support Enforcement [DCSE]) en establecer paternidad y obtener apoyo médico para cualquier niño que reciba asistencia médica. Si no coopero con DCSE, mi hijo(s) puede que todavía sea(n) elegible(s).

Entiendo que las mujeres embarazadas no requieren cooperar para establecer la paternidad y obtener apoyo médico, y que puedo reclamar tener una causa buena para rehusar a cooperar en establecer la paternidad o en identificar y proporcionar información sobre terceras partes responsables.

Entiendo que como receptor de asistencia médica, recibiré automáticamente servicios completos de DCSE para sustentación de niños, a menos que indique que quiero recibir solamente servicios de sustentación de niños relacionados a apoyo médico.

En tal momento, estoy recibiendo servicios de la División que Hace Cumplir con la Manutención del Niño. Pero no estoy en asistencia pública, por el presente documento autorizo y doy poder a la División para deducir directamente de mis pagos de sustentación, cualquiera que sea la cantidad de dinero que se deba a la División por razones que se incluyen, pero que no se limiten a: honorarios, recuperación de dinero que se me haya pagado inadecuadamente, o que se me haya pagado por equivocación, o cualquier otro motivo considerado para corregir mi cuenta.

Entiendo que puedo ser elegible para TRANSITIONAL MEDICAID hasta por 12 meses si mi Medicaid bajo la Sección 1931 se cierra debido a aumento de ingresos u horas y / o pérdida de negligencias de ingresos por trabajo debido a limitaciones de tiempo.

Entiendo que mis hijos son legibles para atención médica preventiva y que me lo comunicarán.

Entiendo que si soy solicitante o receptor de asistencia médica, tengo el derecho de una audiencia imparcial si no estoy satisfecho con cualquier decisión hecha sobre mi elegibilidad. Entiendo que puedo ser representado por un abogado o cualquier otra persona que escoja.

Estoy de acuerdo en permitir que DHSS, directamente o a través de sus agentes o de Diamond State Health Plan (Plan Médico de Diamond State) o de Delaware Healthy Children Program (Programa de Niños Saludables de Delaware) tenga acceso a todos los registros médicos y servicios de salud basados en la escuela y servicios relacionados de todos los miembros de mi familia que sean elegibles para Asistencia Médica, con el fin de administrar el programa de asistencia médica, coordinar atención, determinar necesidad médica, y evaluar o pagar por servicios médicos pendientes o incurridos.

Declaro, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano estadounidense o inmigrante con estado legal de inmigración. Debo dar prueba del estado legal de inmigración y éste será revisado por el Servicio de Inmigración y Naturalización. El estado ilegal de un inmigrante no será revisado. Esto no afectará cualquier determinación de cargo público ni conducirá a medidas de deportación. Los inmigrantes ilegales pueden ser elegibles para servicios de emergencia y parto y alumbramiento solamente.

Estoy de acuerdo en informar dentro de 10 días de los cambios en mi situación que podrían afectar mi elegibilidad, tales como un cambio de cuántas personas viven conmigo, un trabajo nuevo o cambio en ingresos, o si me mudo.

Esta solicitud debe ser firmada por un miembro adulto de la familia (mayor de 18 años) o por un menor emancipado (menor de 18 años de edad).

REQUERIMIENTOS PARA LA TARJETA DE REGISTRO COMO INMIGRANTE

Cada solicitante que no sea ciudadano estadounidense necesitará mostrar cualquier documento de la Oficina de Servicio de Inmigración y Naturalización (conocido en inglés como Immigration and Naturalization Services [INS]) u otros documentos que DSS determine que sean prueba de su estado como inmigrante. El estado de inmigrante puede estar sujeto a la verificación con INS, que puede requerir la presentación de cierta información de este formulario de solicitud a INS. La información recibida de INS puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios de su familia.

Para Asistencia Médica esto no afectará cualquier determinación de cargo público ni conducirá a medidas de deportación.

CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA Y ESTADO DE INMIGRANTE

Certifico, bajo pena de perjurio, que yo, y cualquiera de los otros miembros de mi familia, somos ciudadanos estadounidenses o inmigrantes con estado de inmigración legal. Los inmigrantes ilegales pueden ser elegibles para servicios de emergencia, y parto y alumbramiento solamente.

DESIGNACIÓN DE LA CABEZA FAMILIAR (Para Cupones de Alimentos solamente)

Las familias con un padre adulto o madre adulta de los niños, o un adulto que tenga control como padre o madre sobre los niños, tienen la opción de designar su cabeza familiar. Por favor lea lo siguiente:

- Entiendo que la persona seleccionada debe ser el padre o madre del niño, sin importar la edad, o que tenga control de padre o madre sobre los niños menores de 18 años de edad.
- Entiendo que todos los miembros adultos del hogar deben estar de acuerdo con la designación.

- Entiendo que el no designar o estar de acuerdo en una cabeza familiar no demorará mi certificación o no hará que se nieguen mis beneficios.
- Entiendo que DSS designará a una cabeza familiar si lo escojo así, o si los adultos no están de acuerdo con la designación.
- Entiendo que puedo escoger la cabeza familiar designada en cada certificación y cada vez que la composición familiar cambie.
- Entiendo que si DSS debe designar una cabeza familiar, la persona designada será la que gane el sueldo principal.
- Entiendo que la familia completa puede ser sancionada y puede perder sus beneficios si la cabeza familiar no cumple con el Programa de Empleo y Entrenamiento o deja las disposiciones voluntariamente.
- Entiendo que si otro miembro familiar, no la cabeza familiar, no cumple con el Programa de Empleo y Entrenamiento o deja las disposiciones voluntariamente, solamente esa persona será sancionada y será inelegible para los beneficios.

CERTIFICACIÓN DE LA SELECCIÓN DE CABEZA FAMILIAR

He leído y se me han explicado las disposiciones sobre la selección de una cabeza familiar. He seleccionado a la persona siguiente para ser la cabeza familiar y certifico que todos los miembros adultos en mi familia están de acuerdo con esta selección.

(Persona Designada como la Cabeza Familiar)

DECLARACIÓN NO DISCRIMINATORIA

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades basadas en raza, color, nacionalidad de origen, sexo, religión, edad, incapacidad, o creencias políticas. Las personas con incapacidades que requieran medios alternos para la comunicación de la información del programa (Braille, con letra de imprenta grande, cinta de audición, etc.) deben comunicarse con el centro de OBJETIVO DE USDA (USDA's Target Center), llamando al (202) 720-2600 (voz y Dispositivo de Telecomunicaciones para Sordos, (conocido en inglés como Telecommunications Device for the Deaf [TDD])).

Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 ó llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidades de igualdad en el empleo.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO

Está autorizada a recibir información de prevención de embarazo. Si desea recibir esta información puede llamar a Planned Parenthood (Paternidad Planificada) al 1-800-230-PLAN (7526). Si desea obtener información de prevención de embarazo para adolescentes, puede también llamar a Alliance for Adolescent Pregnancy Prevention (Alianza para la Prevención de Embarazo de Adolescentes) al 1-800-499-WAIT (9248). También puede llamar a Delaware Helpline (Línea Informativa de Delaware) al 1-800-464-4357 y a la clínica de Planificación Familiar de Salud Pública de su área.

